NOTE

SUR UN CAS DE

CYSTITE TUBERCULEUSE

TRAITÉE PAR

LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

LE RACLAGE ET LA CAUTÉRISATION

PAR

LE Dr JAQUES L. REVERDIN

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GENÈVE

Extrait des *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires* des mois de mai et juin 1889

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

—

1889

NOTE

SUR UN CAS DE CYSTITE TUBERCULEUSE

TRAITÉE PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, LE RACLAGE ET LA CAUTÉRISATION

Par le Dr Jaques L. REVERDIN

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GENÈVE

J'ai fait, il y a plus de deux ans maintenant, la taille hypogastrique à un malade atteint de cystite tuberculeuse, et j'ai complété l'opération par le raclage et la cautérisation. Malgré les conditions défavorables que présentait le cas, la tuberculose vésicale n'étant point primitive, le résultat a dépassé mon attente, et maintenant que le temps écoulé est déjà long, le moment me paraît venu de publier cette observation (1).

La taille hypogastrique n'a été faite jusqu'ici qu'un petit nombre de fois dans les cas de tuberculose vésicale, les quelques recherches que j'ai pu faire m'en ont fait rencontrer neuf observations ; si j'y ajoute une observation inédite qu'a bien voulu me confier mon confrère le professeur Roux, de Lausanne, et celle qui m'est personnelle, j'arrive à un total de 11 observations.

Ces différents faits ne sont pas du reste d'égale valeur ; le diagnostic n'avait pas toujours été établi avant l'intervention, le but et le mode de cette intervention ont varié,

(1) L'opéré dont je vais rapporter l'histoire a été déjà présenté à la Société médicale de la Suisse romande à Lausanne, dans la séance du 20 octobre 1887.

de sorte qu'ils sont en réalité assez peu comparables. Je n'ai pas du reste l'intention pour le moment d'approfondir les multiples questions qui se présentent dans ce sujet encore neuf de l'application de la taille hypogastrique au traitement de la tuberculose vésicale ; j'ai uniquement pour but de faire connaître une observation qui me paraît avoir une certaine valeur.

Néanmoins, afin d'épargner à d'autres les recherches que j'ai faites moi-même, je vais énumérer les cas dont j'ai eu connaissance. J'en ai trouvé cinq dans la littérature étrangère.

Le premier est dû à Iversen (1) : la malade était une jeune fille de 19 ans qui souffrait de ténesme vésical et de douleurs, et chez laquelle on trouva par l'exploration digitale une ulcération de la paroi antérieure de la vessie ; après un raclage non suivi d'amélioration, on fit la taille hypogastrique et on excisa l'ulcère, mais la fistule ne se ferma pas ; un abcès se forma dans la région du rein droit qui fut incisé ; la malade mourut et l'on trouva une tuberculose du rein droit et de la vessie et un abcès prévésical. Cette taille a été pratiquée à la fin de mars 1885, ce serait la première en date.

Schatz (2) a communiqué en juin 1886 une observation très analogue, concernant aussi une femme, jeune, présentant des douleurs de miction et de l'hématurie ; l'exploration digitale fit découvrir une ulcération étendue de la vessie ; la taille hypogastrique fut pratiquée et suivie de la résection partielle de la vessie ; on y trouva des tubercules ; la malade, après avoir vu disparaître pendant plusieurs mois le pus de ses urines, revint en disant que celles-ci étaient de nouveau troubles ; son sort ultérieur n'est pas indiqué.

Dans un travail sur la taille hypogastrique, le docteur K. Eigenbrodt (3) a publié trois observations recueillies à la clinique de Trendelenburg et se rapportant à notre sujet ; dans les trois cas le diagnostic n'a été établi qu'après l'opération par le fait de la marche ultérieure de la maladie et

(1) Axel Iversen. *Ueber Neubildungen in der Blase*, analysé dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1887, p. 457.

(2) Schatz. *Ueber Geschwüre der Harnblase* (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1886, p. 464).

(3) Dr K. Eigenbrodt. *Ueber der hohen Blasenschnitt* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 28, fasc. 1 et 2. 1888, p. 119 à 129).

par exclusion; il s'agissait dans les trois cas de tuberculose vésicale primitive.

1er Cas. — Homme de 30 ans, sans antécédents tuberculeux; hématurie à la fin de la miction depuis 11 mois, ténesme, douleurs en urinant, fréquence de miction. Taille hypogastrique le 23 juin 1886, ulcération derrière le trigone qui est raclée à la cuiller tranchante et cautériséeau Paquelin; drainage vésical; l'opéré est soulagé de ses douleurs, mais la plaie ne se ferme pas, la tuberculose se généralise et il succombe le 29 septembre. A l'autopsie, tuberculose pleurale, péritonéale, rénale, vésicale et prostatique.

2e Cas. — Homme de 30 ans. Antécédents tuberculeux maternels. Depuis 4 mois, ténesme et hématurie, miction fréquente et douloureuse, urine purulente. Taille hypogastrique le 12 juin 1886, ulcération de la paroi postérieure, raclage et cautérisation au Paquelin. Drainage vésical; guérison. Cinq mois après son départ, le malade a fait savoir qu'il avait encore parfois des douleurs, mais moins fortes qu'auparavant.

3e Cas. — Homme de 47 ans. Depuis 7 mois mictions fréquentes et douleurs dans le gland. Depuis 4 mois hématuries, urine trouble, purulente, acide, sans albumine, cathétérisme douloureux, ramenant des caillots et des débris de tissus; au microscope on trouve un tissu infiltré de cellules rondes et l'on croit y découvrir aussi quelques productions papillaires. Taille hypogastrique, le 16 mai 1886; malgré un examen approfondi on ne trouve rien d'autre qu'un léger état inflammatoire de la muqueuse et une saillie du lobe médian de la prostate. Drainage de la vessie. Cessation des douleurs et guérison rapide. Sept mois après, le malade se trouve bien, mais il a eu de nouveau au bout de trois mois des douleurs dans le canal et le testicule gauche, et depuis lors l'urine est un peu colorée en rouge; on trouve que le testicule gauche est augmenté de volume et qu'il est surmonté d'une tumeur qui, d'après sa situation et sa forme, doit être l'épididyme induré, infiltré et bosselé.

Jusqu'ici, comme on le voit par ces résumés, ce n'est pas à la suite d'un diagnostic établi que l'intervention a eu lieu. Il n'en est pas de même des cas suivants. C'est le professeur Guyon (1) qui le premier a ouvert par la taille hypogastrique la vessie tuberculeuse, de parti pris. Il nous dit

(1) Guyon. *Note sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie*. Congrès français de chirurgie, 3e session, Paris, 1888, p. 363.

lui-même que l'idée d'intervenir de cette façon lui paraissait logique en raison du peu de profondeur des lésions, de la possibilité d'un diagnostic précoce et de l'intégrité habituelle des reins chez les adultes : il n'en est pas de même de l'appareil génital, presque toujours envahi, du moins chez l'homme. Guyon choisit, pour bien juger de la valeur de l'opération, des cas de tuberculose localisée à la vessie seule. Sa première opération a été faite au commencement de juillet 1885, quelques mois après celle d'Iversen; mais elle a une tout autre valeur que cette dernière : c'est de l'opération de Guyon que date réellement l'application de la taille hypogastrique à la cure de la tuberculose vésicale, puisque c'est le premier cas dans lequel, le diagnostic bien établi, les indications opératoires en ont été déduites logiquement.

Il s'agissait d'un homme de 24 ans, souffrant depuis un an et demi de douleurs et de fréquence de la miction, rendant des urines troubles et sanguinolentes à la fin, ne présentant pas d'autres lésions tuberculeuses : soulagé d'abord par la morphine, il revient dans le service et on trouve de nombreux bacilles dans les urines. Vu la gravité de l'état du malade et l'intensité des douleurs, Guyon pratique la taille hypogastrique : la face interne de la vessie est petite, rouge, framboisé, mamelonnée ; il dilate le col et frotte la muqueuse vésicale avec de l'huile iodoformée ; le malade guérit, et est soulagé de ses douleurs. Il a été vu le 10 mars 1888, les mictions sont espacées et l'urine limpide ne contient aucun bacille.

La seconde observation de Guyon concerne un homme de 40 ans, souffrant depuis plus d'un an de douleurs à la fin de la miction, rendant plus tard du sang à la fin; la vessie est douloureuse à l'exploration, mais non au toucher rectal ; les organes génitaux sont normaux ; les urines sont purulentes et présentent de nombreux bacilles de Koch. Le traitement général et local n'amenant aucune amélioration, la taille hypogastrique est pratiquée à la fin d'avril 1887; vessie rouge avec quelques apparences fongueuses localisées surtout au pourtour du col, mais sans ulcérations appréciables; grattage et cautérisation au thermocautère; les tubes sont enlevés le 15 mai, et la sonde à demeure doit être laissée jusqu'au 31 décembre à cause de la persistance d'une fistule hypogastrique qui nécessite une nouvelle intervention. Les bacilles ont peu à peu disparu de l'urine et définitivement au bout de six mois. Le malade a été complètement délivré de sa tuberculose, mais il n'est pas encore guéri de sa cystite.

Guyon a fait une troisième opération, dont je ne connais pas les

détails. Elle est signalée dans un article du docteur Guiard (1) en ces mots :

« Enfin, on peut encore voir à l'hôpital Necker, au n° 17 de la salle Saint-Vincent, un troisième malade dont les mictions, très douloureuses, se répétaient jusqu'à 150 fois dans les 24 heures. A partir de l'opération, son état devient si satisfaisant qu'il déclarait à tout venant, avec une évidente complaisance, qu'il n'avait plus de vessie. »

Dans la première de ces opérations, Guyon avait pour seul but, comme il le dit lui-même, de faire cesser l'état douloureux en supprimant le fonctionnement de la vessie ; grâce peut-être à l'iodoforme employé, soit sous forme d'huile, soit sous forme de bandelettes de gaze introduites dans la vessie, il a obtenu une guérison. Dans le second cas et probablement dans le troisième, il a été plus loin et a attaqué directement les lésions par le grattage et la cautérisation ; dans ces trois cas, la tuberculose était localisée à la vessie. Instruit par le résultat des deux premières observations, il va plus loin encore et il nous dit : « Il nous reste à nous demander s'il ne serait pas rationnel d'agir sur la tuberculose vésicale, alors même qu'il y a des lésions de l'appareil génital, et ce qu'il convient de faire pour détruire les lésions tuberculeuses, une fois la vessie ouverte. Il me paraît que la première de ces questions ne devait être résolue en faveur de l'intervention opératoire que dans les cas où le traitement général est sans action sur les phénomènes vésicaux et que les lésions génitales sont discrètes et limitées. Ces cas se rencontrent beaucoup plus souvent que ceux où la vessie est isolément atteinte, etc. »

Comme on le verra, mon observation personnelle répond précisément à la question posée par Guyon ; mais avant d'en donner le récit j'ai encore à signaler les faits de Poncet et de Roux.

Le malade de Poncet (2) était un garçon de 14 ans appartenant à

(1) P. Guiard. Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale. *Journal de médecine de Paris*, 1888, p. 296 et 340.

(2) Edmond Blanc. Cystite tuberculeuse douloureuse ; taille hypogas-

une famille de tuberculeux, et présentant lui-même des antécédents suspects. Les symptômes de tuberculose vésicale, hématuries, mictions douloureuses, douleurs dans le gland, qui avaient débuté en 1886, étaient, lors de l'entrée à l'hôpital en juillet, à leur summum, les mictions très fréquentes, les besoins impérieux, les dernières gouttes d'urine rendues avec de vives douleurs; à plusieurs reprises il y a eu émission de petits graviers; l'exploration de la vessie faisait sentir un léger frottement sur un corps dur, à la face postérieure. — Amaigrissement rapide, cachexie extrême, les poumons paraissent sains. « En présence d'un état aussi grave, et bien que l'hésitation soit permise entre une tuberculose vésicale que les antécédents rendent très probable, et un calcul auquel certains signes permettent de songer, M. le professeur Poncet se décide à une opération hâtive; il faut couper court à une si intolérable situation. Dans l'une et l'autre hypothèses, l'intervention s'impose; elle sera curative dans le deuxième cas, simplement palliative dans le premier cas. » La taille hypogastrique est pratiquée, la surface interne de la vessie est fongueuse, quelques ulcérations et granulations; à la face postérieure colonne dirigée longitudinalement, dure, fibreuse, recouverte d'incrustations calcaires: drainage de Demons. Il y a d'abord une rapide amélioration, les douleurs et les hématuries cessent, l'état général s'améliore, mais l'affaiblissement reprend sa marche au commencement d'août, et le petit opéré succombe le 1[er] septembre avec des accidents urémiques, sans que ni les douleurs, ni le ténesme, ni les hématuries aient reparu.

A l'autopsie, quelques tubercules aux sommets; rein gauche converti en poche purulente; dans le rein droit, trois cavernes remplies de matière crétacée; vessie remplie de pus, ratatinée, granulations tuberculeuses et ulcérations de la muqueuse.

L'observation inédite que Roux a bien voulu me communiquer se résume de la façon suivante :

B... Joseph, agriculteur, 27 ans, a toujours eu la vessie sensible depuis son enfance et a eu par moments de l'incontinence nocturne; il était quelquefois si pressé qu'il urinait dans son pantalon. Amélioration à 15 ans. A 22 ans, en 1882, rechute sans cause, mictions toutes les demi-heures avec douleurs à la fin, dernières gouttes sanguinolentes. En novembre 1886, nouvelle rechute, accompagnée de ténesme rectal, et douleurs dans l'hypogastre; ces douleurs sont augmentées par la marche, les mictions se rapprochent et il finit par uriner tous les quarts d'heure, puis toutes les cinq minutes et enfin par avoir un suintement continuel d'urine; après chaque épreinte plus violente, quelques gouttes de sang; urine trouble. Après deux

trique; drainage de Demons; résultat fonctionnel parfait (*Gazette médicale de Paris*, 1888, p. 351).

mois de traitement, il arrive à garder l'urine deux heures à deux heures et demie.

Enfin, après des alternatives de mieux et de moins bien, il entre à l'hopital de Lausanne dans le service de Roux, le 26 juillet 1888. L'urine renferme de nombreuses cellules épithéliales, des globules de pus, des globules rouges, des oxalates, pas d'albumine. Jusqu'au 16 octobre il est traité par la diète lactée, le chlorate de potasse, les lavages à la résorcine, la térébenthine à l'intérieur et en lavages, les lavages à la créoline, l'acide benzoïque et le salol à l'intérieur. L'exploration vésicale exclut l'idée de calcul; le diagnostic le plus probable est celui de cystite tuberculeuse. L'opération de la taille est proposée et acceptée aussitôt.

Le 16 octobre 1888, taille hypogastrique, sans ballon de Petersen, 300 grammes environ d'acide borique injectés dans la vessie. Vessie assez petite, il est difficile de trouver le repli péritonéal; pas de lacis veineux; derrière la symphyse, on trouve un liquide séro-sanguinolent qui s'écoule à plusieurs reprises, et on se demande si peut-être la vessie s'est rompue. La vessie fixée par quatre points de suture aux parois est incisée. On trouve un très grand nombre de granulations absolument identiques à celles du pharynx; sur la muqueuse plutôt pâle elles forment des proéminences rouges arrondies ou ovales qui ne laissent aucun doute sur la cause de la cystite, dont les produits n'ont pas permis de trouver le bacille de la tuberculose. A l'exemple de Guyon on passe le Paquelin partout où l'on peut arriver et l'on brosse avec un tampon iodoformé.

Tamponnement à la gaze iodoformée; un drain est placé le lendemain, tamponnement iodoformé, compresses de sublimé à 1 p. 1 000.

Forte intoxication mercurielle dont le malade se remet peu à peu mais à grand'peine.

Il est débarrassé de son ténesme, mais la plaie a fort peu de tendance à se fermer. A la fin de décembre, Roux applique à son malade un appareil de son invention, composé d'une ceinture avec plaque métallique traversée par un tube de caoutchouc, qui d'une part pénètre dans la vessie à travers un coussin à air appliqué derrière la plaque et bouchant la plaie, d'autre part dans un réservoir en caoutchouc.

A la fin de janvier, Roux, après avoir constaté le caractère torpide persistant des granulations, et après les avoir raclées à la curette, a examiné la vessie au spéculum; toute sa surface muqueuse était transformée en granulations luxuriantes comme volume, mais molles, présentant des élévations de la grosseur de la moitié d'un pois, portant à leur centre une tache jaunâtre rappelant à s'y méprendre les masses caséeuses cachées dans les cryptes d'une amygdale, l'enfoncement central en moins. A gauche, dans le fond, à 3 centimètres environ de l'embouchure de l'uretère, le doigt s'enfonce dans une petite cavité qui semble avoir traversé la muqueuse et remplie également de fongosités. Il procède alors à un raclage com-

plet à la curette, y compris la cavité signalée plus haut. Une injection d'eau térébenthinée tiède arrête merveilleusement l'hémorrhagie, modérée du reste.

Injection d'éther iodoformé, introduction d'un paquet de gaze iodoformée jusqu'au lendemain ; on répétera les injections d'éther iodoformé tous les huit jours. Le malade porte de nouveau son appareil. Telle était la situation le 4 février 1889.

Voici maintenant mon observation personnelle :

TUBERCULOSE ÉPIDIDYMAIRE ET VÉSICALE. — TAILLE HYPOGASTRIQUE, RACLAGE ET CAUTÉRISATION ; PERSISTANCE D'UNE FISTULE, OPÉRATION PLASTIQUE, GUÉRISON. — ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE RESTÉ FISTULEUX, ÉTAT SATISFAISANT PLUS DE DEUX ANS APRÈS LA TAILLE.

C..., Auguste, 20 ans, de Meinier, canton de Genève, charpentier.

C... est un garçon d'apparence robuste, bien musclé, à cheveux bruns, à teint coloré ; sauf l'affection pour laquelle il me consulte et dont je donnerai les détails, sa santé a été bonne ; étant enfant, la vaccine a été compliquée d'éruption de boutons ; plus tard il a eu la rougeole, mais ni lui ni ses parents ne se souviennent qu'il ait eu ni glandes, ni abcès, ni maladies des os ; il n'a pas eu non plus de maladies vénériennes ; l'année dernière il a eu trois ou quatre poussées d'herpès génital.

Je connais son père, sa mère et sa sœur âgée de 26 ans ; tous sont de robustes campagnards ; les grands parents sont morts très âgés ; il n'y a dans la famille aucun antécédent connu de tuberculose. Il y a cinq ans, C... se donne un coup sur le testicule droit en sautant ; très rapidement ce testicule enfle, devient gros et rouge ; le lendemain, on vient me consulter, je diagnostique une épididymite traumatique et prescris des frictions avec de la pommade iodoformée ; la grosseur disparaît et le jeune homme ne revient pas me voir. L'année suivante, en prenant des leçons de danse, il

s'aperçoit que le testicule est gros et lui fait mal; mais cette douleur ne dure pas et il ne s'en occupe pas.

Dans le courant de 1883 il commence à éprouver des douleurs à la fin de la miction, à uriner plus fréquemment qu'autrefois et à rendre assez souvent en finissant d'uriner quelques gouttes de sang; parfois l'hématurie est plus abondante ou bien le sang est rendu sous forme de caillots. Cet état persistant, il finit par se faire admettre à l'hôpital cantonal où on lui fait prendre de la térébenthine; il y a fait deux séjours successifs au printemps de 1885, sans obtenir du reste aucune amélioration.

En décembre 1885 il vient me consulter; je trouve une épididymite tuberculeuse à droite, l'épididyme est volumineux, surtout vers la tête, bosselé, dur; le canal déférent lui-même forme un cordon dur dans toute sa partie accessible jusqu'à l'orifice inguinal. L'ensemble des phénomènes vésicaux ne me laisse pas de doute sur le diagnostic de tuberculose vésicale. Je prescris des onctions de pommade iodoformée sur les bourses, lui fais prendre trois pilules de 5 centigrammes d'iodoforme par jour et lui fais, pendant les mois de décembre 1885, janvier et février 1886, des instillations de solution de nitrate d'argent au centième au niveau du col; contre toute attente ces instillations amènent une amélioration assez marquée; il ne pisse presque plus de sang et souffre moins. En mars, il part pour le Midi, où il séjourne successivement à Marseille, à Cette et en Espagne; il s'en trouve fort bien, ne pisse pas de sang, urine moins souvent, avec moins de douleurs, mais souffre parfois dans le bas-ventre. Il revient à Genève en octobre 1886 avec une fièvre muqueuse qu'il pense avoir contractée à Lyon et qui se termine sans accident; mais les troubles vésicaux reparaissent et s'aggravent. Le 12 janvier 1887 il vient de nouveau me consulter: les mictions sont pressantes, très douloureuses, se répétant toutes les demi-heures et quelquefois plus souvent encore; les urines sont troubles et il rend à la fin de chaque miction un peu de sang.

D'autre part le facies est excellent ; l'épididyme, qui avait déjà diminué de volume pendant le traitement iodoformé, me paraît encore moins volumineux que l'année dernière. Je refais une instillation de nitrate d'argent, mais elle n'amène qu'une exacerbation du mal ; les mictions deviennent encore plus fréquentes, ne lui laissent parfois pas plus de dix minutes de repos, et sont horriblement douloureuses.

Le malade demande à tout prix un soulagement, et réclame une opération ; j'explique à la famille que si je puis espérer le soulager par une opération, je ne puis promettre plus que cela, puisque la vessie n'est pas le seul organe atteint par la tuberculose ; que d'ailleurs le soulagement pourra n'être que temporaire ; malgré ces indications, le malade et ses parents sont d'accord pour me prier d'agir. C'est dans ces conditions que C... entre le 24 janvier 1887 dans notre clinique particulière.

Je lui fais d'abord chaque jour des lavages vésicaux avec la solution boriquée tiède à 4 p. 100 ; la vessie n'accepte pas plus de 50 à 60 grammes de liquide, parfois elle se contracte spasmodiquement par secousses rythmées et l'écoulement par la sonde s'arrête comme si la paroi muqueuse venait s'appliquer sur les yeux. Voici les détails de l'examen du malade fait à cette époque. Testicule droit : épididymite tuberculeuse à noyaux durs, arrondis, sans adhérences à la peau : canal déférent gros et dur du haut en bas. Testicule gauche sain : prostate présentant dans son lobe droit deux petits noyaux durs, peu volumineux, séparés par un sillon ; dans son lobe gauche et en avant un petit noyau ; au-dessus du lobe droit on sent un cordon dur et noueux formé soit par la vésicule séminale, soit par le canal déférent tuberculeux.

L'urèthre est perméable, sans rétrécissement ; la région membraneuse est ordinairement en état de spasme pendant le cathétérisme.

Les reins ne sont pas douloureux et ne paraissent pas augmentés de volume.

Le foie, la rate, le cœur ne présentent rien d'anormal, non plus que les poumons ; le malade du reste n'a jamais eu de toux persistante.

Pas de fièvre, appétit conservé, facies bon, muscles vigoureux.

Mictions toutes les demi-heures ; ordinairement un peu de sang à la fin, la miction nécessite parfois un peu d'effort.

L'urine est trouble et rougeâtre ; au microscope, globules rouges et globules de pus, pas de cristaux, microcoques et bactéries assez nombreux ; pas de cylindres, ni de débris de tissu conjonctif. On n'a pas fait la recherche du bacille de la tuberculose.

Malgré l'état du testicule droit, je me crois en droit d'agir, vu l'intégrité des autres organes, vu la bonne apparence du malade et les vives souffrances qu'il endure ; je me propose d'ouvrir la vessie par l'hypogastre, d'attaquer et de détruire les foyers tuberculeux et de laisser l'organe au repos par le moyen des tubes-siphons pendant quelques semaines, afin de laisser le temps nécessaire à la cicatrisation complète.

25 *janvier* 1887. — Opération ; éthérisation. Le malade endormi, et la région opératoire rasée et lavée à l'acide phénique, une sonde d'étain n° 18 est introduite dans la vessie (au cours de l'opération j'ai dû la changer contre une du n° 20 parce qu'elle était trop peu résistante et que sa courbure avait changé) ; la vessie vidée, l'urine est remplacée par environ 400 grammes de solution borique tiède à 4 p. 100. Incision sur la ligne blanche partant un peu au-dessous du bord supérieur de la symphyse et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; les vaisseaux sont saisis à mesure, un seul a dû être lié, la torsion faite à la fin de l'opération a suffi pour tous les autres. Arrivé sur l'aponévrose je l'incise, passe entre les muscles droits et pyramidaux ; la graisse sous-péritonéale apparaît ; des écarteurs placés, je repousse de bas en haut cette graisse avec les doigts et sans voir le cul-de-sac péritonéal, refoulant la graisse de la partie inférieure, j'aperçois la paroi vésicale

blanchâtre ; le pavillon de la sonde est alors abaissé par un aide, et je sens le bec de l'instrument saillir au-dessus de la symphyse. Je passe avec une aiguille courbe emmanchée un fil de grosse soie de chaque côté du bec de la sonde. Les deux chefs de chaque anse sont pris dans une pince et servent à soulever la vessie ; je commence à couper la paroi entre les deux fils ; arrivé sur la muqueuse, elle est incisée directement sur le bec de la sonde qui sort alors par la boutonnière ; elle me sert de guide pour agrandir l'incision par en bas, puis elle est enlevée. Le doigt dans la vessie, j'agrandis l'incision par en haut ; elle a alors, les bords tendus, à peu près 4 centimètres.

Je passe deux soies nouvelles à travers chaque lèvre de la plaie vésicale, une au-dessous et une au-dessus de celle qui a été placée tout à l'heure ; un aide soulève la vessie en tirant sur ces six anses de soie et je place à gauche et à droite un grand écarteur à résection de Volkmann, en haut une grande valve concave du spéculum de Simon. On voit alors très bien la muqueuse vésicale ; elle est partout d'un rouge assez vif et sa surface paraît un peu tomenteuse ; je distingue en bas et à gauche trois granulations jaunâtres et une petite ulcération en coup d'ongle. Nous introduisons pour plus de sûreté une petite lampe électrique du volume et de la forme d'un crayon, qui nous permet de voir très nettement la muqueuse vésicale ; je racle à la curette les parties malades que j'ai indiquées tout à l'heure : plus bas, vers le côté droit du col, j'aperçois un petit foyer de tissu ayant toutes les apparences du tissu fongueux ; je me guide surtout sur les sensations du doigt pour l'atteindre, car comme j'ai voulu éviter d'inciser la paroi trop bas vers le col, nous ne voyons pas celui-ci. Je cautérise ensuite énergiquement les points raclés avec le thermo-cautère ; l'hémorrhagie est du reste insignifiante et c'est dans le but de détruire plus complètement les foyers tuberculeux que je fais cette cautérisation.

Les fils de soie servent maintenant à suturer les lèvres

de la plaie vésicale à la peau, un de leurs chefs étant passé à travers la paroi abdominale, muscles et peau ; je fais de plus deux nouveaux points sur chaque lèvre à sa partie inférieure ; les bords de l'ouverture vésicale sont ainsi complètement suturés avec la peau ; trois points de suture cutanée en haut de la plaie.

Deux tubes de caoutchouc rouge de plus d'un mètre de long, du volume du petit doigt et pourvus d'un œil près de leur extrémité, sont placés dans la vessie, et fixés à la peau par un fil ; on les amorce, ils fonctionnent bien.

La plaie est garnie de gaze iodoformée, recouverte de ouate benzoïque, et d'une feuille de gutta-percha, le tout maintenu par un bandage de corps.

Le malade transporté dans son lit, on fait passer les tubes sur le bord de droite et ils vont plonger dans un urinoir placé sur un tabouret bas,

Soir. — Les tubes s'étaient probablement désamorcés pendant le transport, le malade est mouillé, le pansement est changé, les tubes amorcés de nouveau fonctionnent bien, l'urine qui s'en écoule est très modérément sanguinolente. Douleurs assez vives dans le ventre, soit au voisinage de la plaie, soit à l'épigastre. Pouls très bon, lent. Température axillaire 37°,4. Injection de morphine.

Les premiers jours qui suivent l'opération, le malade se plaint de douleurs de ventre, de ballonnement, de maux de reins, de coliques ; mais le ventre reste souple, l'urine s'écoule bien par le siphon, la quantité de sang qu'elle renferme diminue assez rapidement et disparaît tout à fait le 3 février ; la plaie est pansée le 27 sans enlever la gaze, le 29 je supprime l'iodoforme à cause d'une certaine agitation du malade, et lui substitue la gaze au sublimé.

La température axillaire n'a pas dépassé 37°,6 le matin, elle a été le soir de 38°, 38°1, 38°7, 38°2.

Le 30, l'opéré est purgé ; le 1er février j'enlève une des sutures cutanées et je commence à faire par les tubes des

lavages de la vessie avec la solution d'acide borique à 4 p. 100 tiède.

Le 3 *février* je note que l'urine n'est plus sanguinolente, elle est claire, mais le lavage fait sortir du pus; la plaie suppure abondamment, elle est partout recouverte de beaux bourgeons rouge vif.

Le 5, état général parfait, quelques envies d'uriner se sont manifestées, sans douleur du reste.

Le 8, l'urine est claire, mais au moment du lavage il sort encore du pus un peu sanguinolent; le dépôt est examiné. on y trouve beaucoup de cellules épithéliales, pas de bacilles de la tuberculose.

Le 10, le malade urine quelques gouttes d'urine et de sang par la vessie avec assez de douleur; le 11 il urine de nouveau avec douleur mais l'urine est claire.

Le 14, le fil qui maintenait les tubes a coupé la peau, et le siphon a mal fonctionné, je replace les tubes et les fixe au moyen d'une épingle de nourrice, et d'un fil collé sur la peau avec du sparadrap.

Les jours suivants l'urine s'éclaircit de plus en plus, quoique l'injection ramène toujours du pus; aucune douleur, pas de mictions.

Le 27 je remplace les tubes par deux autres de plus petit calibre; le malade se lève sans permission, de sorte qu'il les dérange à tout moment; le 6 mars je les enlève, et comme je ne puis compter sur la docilité du malade je ne mets pas de sonde à demeure; il urine par la verge sans douleur, et sans mélange de sang, sauf le 8 mars; mais c'était après une selle et il a constaté que la plaie avait saigné; l'urine s'écoule du reste assez abondamment par la plaie : à partir du 9, je laisse le malade se lever, et je cherche à rapprocher les bords de la plaie avec des bandelettes collodionnées; le malade continue à uriner sans douleur, mais aussi à être constamment mouillé.

Le 18, je remets le malade au lit avec une sonde Nélaton qu'on laisse ouverte dans un urinoir, et je rapproche les

bords de la plaie déjà très rétrécie avec des bandelettes de sparadrap.

Le 25, voyant que les bords de la plaie restent écartés je place deux points de suture indirecte (suture de Decès) avec du gros fil d'argent, les fils entrent et sortent à grande distance des bords de la plaie; l'un est fixé avec des tubes de Galli, l'autre tordu, un troisième point est placé le 31 ; mais l'urine continue à filtrer par la plaie, les fils coupent un peu les tissus, le malade en coupe un de lui-même et j'enlève les autres le 3 avril ; la plaie a pris assez mauvais aspect, elle a creusé dans la peau vers le pubis, et le malade a un peu pâli. Après avoir changé la sonde, je fais un pansement à l'onguent styrax.

9 *avril.* — La sonde fonctionne, mais il passe cependant de l'urine par la plaie ; celle-ci a meilleur aspect en général, d'autre part j'aperçois à la partie supérieure un petit point rond jaune qui rappelle le tubercule. Je prescris des pilules de savon d'huile de foie de morue et d'iodure de fer.

15 *avril.* — La plaie a pris très bon aspect et se cicatrise assez rapidement, mais la vessie n'est pas fermée; on peut cependant injecter une petite quantité de liquide sans qu'il en sorte par la fistule. Pansement au styrax et bandelettes de sparadrap ; le 23, cautérisation au thermo-cautère.

Le malade urinant sans douleur la sonde enlevée, je tente le 28 de la supprimer, je suis obligé de la replacer le jour même.

Le mois de mai et le commencement de juin se passent à diverses tentatives pour obtenir la fermeture de la vessie; la sonde est laissée à demeure, souvent changée et nettoyée, les bords de la plaie sont cautérisés au nitrate d'argent, au thermo-cautère, au chlorure de zinc, pansée au styrax ; ses bords sont maintenus rapprochés au moyen de bandelettes de diachylon, de bandelettes à crochets collodionnées et fixées au moyen d'un fil de caoutchouc : les bords de la plaie prennent un meilleur aspect, de bons bourgeons s'y développent et la cicatrisation fait des progrès sensibles, de sorte que la fistule diminue notablement de longueur et de

largeur, mais persiste; le 10 mai j'ai un instant l'espoir bientôt déçu qu'elle se ferme, l'urine étant devenue subitement tout à fait claire; bientôt l'écoulement d'urine par la plaie montre que je m'étais trompé. Cependant l'état général du malade s'est beaucoup amélioré, il a notablement engraissé et repris ses forces; il ne souffre pas de la vessie, et lorsqu'on enlève la sonde il peut uriner sans douleur par la verge en maintenant les bords de la plaie rapprochés avec ses doigts.

Le 17 *juin*, en changeant la sonde je la pousse un peu trop en avant, elle vient sortir par la plaie vésicale qu'elle paraît remplir; c'est une sonde du n° 19 de la filière Charrière; une exploration avec le stylet montre qu'en effet les dimensions de l'ouverture ne dépassent pas ce calibre. Je me décide alors à pratiquer une opération pour fermer la fistule; il est possible que sa persistance soit due à la suture de la vessie à la peau, effectuée lors de la taille : au fond de l'entonnoir que représente la plaie, la boutonnière vésicale paraît présenter deux lèvres se regardant par leur face muqueuse, dès lors incapables de se souder l'une à l'autre.

L'opération est pratiquée le 23 juin; mon plan était le suivant : après avoir avivé la peau et enlevé le tissu cicatriciel, je pensais séparer aussi largement que possible la paroi vésicale de la paroi abdominale par une sorte de dédoublement; puis suturer isolément la vessie et les différents étages de la paroi abdominale : ce plan a pu être suivi avec moins de difficultés que je ne l'avais cru; le péritoine, il est vrai, a été ouvert en un point, je m'y attendais du reste, et cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse.

Le malade étant éthérisé, je lave avec soin la vessie et le canal avec la solution d'acide borique à 4 p. 100 : une sonde neuve anglaise à deux yeux est introduite dans la vessie et fixée à la verge au moyen de fils et de sparadrap. Je circonscris au moyen de deux longues incisions un losange étroit de peau comprenant dans son aire la fistule et tout le tissu cicatriciel; ce lambeau est disséqué dans

la profondeur et j'arrive sur les muscles droits qui présentent un aspect assez normal. Sous ces muscles la paroi vésicale apparaît; avec le doigt je décolle cette paroi dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres de chaque côté, ce qui est relativement facile. En haut je suis obligé d'attaquer une masse de tissu cicatriciel qui englobe la vessie; le cul-de-sac péritonéal se trouve mis à nu en haut et à droite sans éprouver de lésions; à gauche, à la limite supérieure de la fistule il n'en est pas de même, il a été ouvert dans une étendue de 1 centimètre environ; dès que je m'en aperçois je fais un lavage au sublimé et place deux points de suture au catgut sur la plaie péritonéale. Le lambeau circonscrit par une incision et disséqué dans la profondeur est coupé au niveau de son pédicule formé par la fistule vésicale, de sorte que les bords de celle-ci se trouvent avivés; mais avant de sectionner ce pédicule, j'ai pris soin de passer dans la paroi musculeuse de la vessie deux anses de catgut, un à droite, un à gauche; elles serviront à suspendre l'organe pour faciliter la suture.

Je fais alors quatre points de suture simple au catgut sur les bords de la fistule vésicale avivée, les fils traversent la paroi épaissie et dense sans intéresser la muqueuse; ces fils noués, une injection est faite par la sonde sans qu'une goutte de liquide n'apparaisse au niveau de la suture. Je fais ensuite quatre points de suture de Lembert sur la paroi vésicale, de façon à rapprocher les parties voisines du muscle vésical au-dessus du premier plan de suture; la paroi indurée prête peu, mais cependant les bords des plans musculaires saisis dans les fils arrivent au contact; nouvelle injection sans issue de liquide. Je place alors un drain qui plonge vers la suture vésicale sans la toucher et que je fixe par un point de suture musculaire et un point cutané; un autre drain va sortir par une contre-ouverture faite au-dessus de la racine de la verge.

Il reste à suturer les plans de la paroi abdominale; trois ou quatre points de catgut rapprochent les bords des

muscles droits; puis je cherche à rapprocher les bords de la plaie cutanée et, pour faciliter ce rapprochement, je la sépare au bistouri de l'aponévrose dans une étendue de 3 ou 4 centimètres : je fais alors un grand point de suture enchevillée au moyen de deux bouts de drains; suture superficielle continue, et trois ou quatre points plus profonds sortant à 3 centimètres des bords; tous ces points de suture sont faits avec de la soie. Gaze au sublimé et ouate benzoïque comme pansement. La sonde fonctionne bien, il est fort peu tombé de sang dans la vessie.

Soir. — Quelques vomissements verdâtres; état général bon, la sonde fonctionne, suintement sanguin modéré; on change la partie du pansement qui recouvre le pubis. Injection de morphine.

Le lendemain on note des douleurs de ventre assez vives, la plaie est en bon état; on injecte de l'acide borique par la sonde, les urines sont assez troubles. Les douleurs ont cessé le 25; le 27 j'enlève le drain inférieur; au niveau du drain supérieur qui plonge profondément vers la vessie, le pansement présente une tache brunâtre, qui exhale une odeur fétide, mais non franchement urineuse; les urines restent troubles, purulentes; on fait prendre à l'opéré de la tisane à l'acide benzoïque, la température est montée à 39° le soir.

Le 28 il prend une purgation.

Le 29 je note : la plaie suppure dans sa partie supérieure, le pus est odorant, mêlé de sang; les sutures menacent de couper les tissus; enfin, en injectant de l'eau boriquée par la sonde on en voit ressortir par la plaie. J'enlève les sutures profondes que je remplace par des bandelettes collodionnées, et je change la sonde. Encore 39° le soir. Les jours suivants les dernières sutures et le drain sont enlevés; la température est descendue à la normale.

4 juillet. — La plaie est réunie à la partie inférieure, en haut elle a tenu par place, on voit des points qui la traversent et sont séparés par des hiatus profonds; pansement avec des bandelettes de sparadrap.

5 *juillet.* — Le pansement et la sonde enlevés, je maintiens les bords de la plaie rapprochés pendant que le malade urine avec un bon jet et sans douleur; rien ne sort par la plaie; cependant, celle-ci qui est profonde, anfractueuse, contient toujours un liquide sanguinolent.

7 *juillet.* — Le malade a uriné deux fois entre la sonde et le canal, il ne semble pas qu'il soit sorti d'urine par la plaie. Celle-ci diminue d'étendue et de profondeur. L'urine est toujours purulente malgré la tisane benzoïque.

10 *juillet.* — La plaie diminue; cautérisation et pansement à l'onguent styrax.

Je pars à cette époque en vacances; d'après les notes qu'a bien voulu prendre le docteur U. Vautier, la plaie s'est mise à bourgeonner activement, en même temps que l'urine devenait plus claire; à partir du 17 juillet la sonde a été enlevée, la miction se fait sans douleur, sans hémorrhagie, mais elle est d'abord excessivement fréquente, toutes les 7 minutes; puis toutes les 10 minutes. Le 19 la cicatrisation est complète; l'urine est claire et ne laisse presque plus de dépôt: le malade se lève le 20 juillet et quitte la clinique pour retourner chez lui.

Le 28 *juillet*, il revient se montrer; on constate un léger suintement, dans un point; il urine la nuit toutes les heures, le jour tous les quarts d'heure, sans douleurs. L'état général est bon.

Deux jours après il revient avec une épididymite à gauche, très douloureuse; malgré les frictions mercurielles elle ne fait qu'augmenter, et il rentre à la clinique le 1er août; le testicule est normal, l'épididyme et le cordon tuméfiés, durs, douloureux.

Il ne reste que trois jours.

10 *août.* — Le malade vient nous voir : épididyme et cordon encore gros et durs, mais peu sensibles; il y a deux jours, une fistule s'est ouverte à la partie inférieure de la cicatrice, au point occupé par le drain; elle a été précédée d'un petit abcès qui s'est ouvert spontanément, et a laissé

passer de l'urine. Il faut noter que depuis son départ, il avait cessé de se sonder, et n'urinait plus que toutes les heures ; lorsqu'il a vu l'écoulement d'urine se faire par la fistule, il a mis sa sonde à demeure et est resté au lit. L'état général est du reste bon.

A mon retour de vacances je l'examine le 6 septembre. Je trouve la petite fistule encore ouverte, quoiqu'il ait continué à garder la sonde à demeure; l'urine est assez purulente, mais il n'y a pas de douleurs de vessie, il n'y a eu de sang dans l'urine qu'une seule fois et il l'attribue à un sondage. — Au niveau de l'épididyme gauche un abcès froid est en train de se former : ce qui détermine le malade à entrer de nouveau à la clinique ; l'abcès est traité par les injections d'éther iodoformé, et on profite de son séjour pour cautériser la fistule, soit au thermo-cautère, soit avec une solution de chlorure de zinc ; pour laver la vessie à l'acide borique, et le remettre à l'usage des pilules de savon d'huile de foie de morue et d'iodoforme.

Le 9 octobre je note : état excellent, la fistule persiste mais très petite, l'urine est claire, ne contient que quelques rares flocons, jamais de sang, miction non douloureuse ; il urine dans la journée dans son urinal toutes les demi-heures, mais par précaution, non par besoin pressant ; la nuit, il garde sa sonde à demeure. J'examine la prostate et ne trouve plus que des vestiges des bosselures qui existaient autrefois, soit dans la glande, soit au niveau de la vésicule séminale. Le testicule droit est beaucoup amélioré, le volume de l'épididyme beaucoup moindre, le canal déférent moins gros, moins dur. Le malade engraisse.

Cet état persiste les semaines suivantes, la fistule se ferme, puis se rouvre ; on supprime la sonde à demeure vers le 10 novembre ; il urine la nuit à intervalles d'une heure à une heure et demie ; la fistule se ferme définitivement vers le 20 novembre. Tout allait bien, la miction se faisait sans douleur aucune, et avait diminué de fréquence (4 à 6 fois dans le jour et seulement 3 fois la nuit) ; lors-

que au milieu de janvier 1888 il prit une bronchite et cracha du sang noir, épais, lui paraissant provenir des fosses nasales ; il est pris de fièvre le soir, pâlit, maigrit, a des transpirations et se plaint d'une vive douleur dans la région du rein droit. L'examen ne nous permet de trouver aucune tuméfaction dans cette région ; l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal ; notre impression est que le malade est sous le coup d'une poussée de tuberculose que nous ne parvenons pas à localiser ; on cesse l'iodoforme pour le remplacer par l'huile de foie de morue et le quinquina ; le 25 janvier, il arrive pâle, courbé, respirant difficilement, avec une température de 40° ; vomissant ce qu'il prend. Je le fais rentrer chez ses parents où il est soigné par le docteur Métral ; avec quelques alternatives de haut et de bas, la fièvre persiste ainsi que les transpirations nocturnes, sans toux ; l'appétit est perdu, le teint pâlit de plus en plus, l'amaigrissement s'accentue, de la diarrhée survient ; peu à peu une tuméfaction se dessine à la partie inférieure du thorax à droite, puis dans la région rénale droite ; si bien que lorsque je revois le malade le 14 avril, il n'est plus douteux qu'il n'ait un abcès périnéphrétique probablement en relation avec un rein tuberculeux ; après une ponction exploratrice qui ramène un peu de pus, j'ouvre l'abcès le 21 avril par une incision de 6 centimètres parallèle aux apophyses épineuses et à 8 centimètres d'elles ; je tombe dans une cavité anfractueuse contenant un litre de pus phlegmoneux, un peu floconneux, sans odeur ; on ne sent pas le rein à nu, la cavité ne descend pas jusqu'au niveau de la crête iliaque, mais remonte très haut sous les côtes. Deux gros drains sont introduits dans la plaie ; pansement iodoformé.

Le soulagement est immédiat ; l'écoulement de pus très abondant pendant les premiers jours, et qui rapidement a pris de l'odeur, diminue peu à peu ; les drains sont successivement enlevés, le dernier au bout de deux mois environ.

L'urine a été examinée le 22 avril sans que l'on y trouvât de bacilles de la tuberculose ; elle s'est du reste éclaircie immédiatement après l'opération. L'état général du malade s'améliore rapidement, malgré un retour de la fièvre qui était tombée après l'intervention. L'on fait des injections boriquées par les drains ; le 3 mai les urines sont beaucoup plus claires, la miction n'est nullement douloureuse et se fait toutes les heures ; néanmoins la douleur persiste au niveau de la voussure qui soulève les dernières côtes. Je ne revois pas le malade qui demeure fort loin et est remis aux soins du docteur Métral; celui-ci fait à la fin de mai une incision entre la huitième et la neuvième côte, au niveau de la tuméfaction qui a augmenté; il ne sort pas de pus d'abord, mais trois jours après l'abcès s'ouvre dans l'incision, les injections montrent que cette ouverture communique avec le foyer principal; il ne s'est jamais écoulé d'urine, ni par la plaie lombaire, ni par la plaie intercostale.

Ces deux plaies se sont converties en fistules à aspect fongueux, mais qui se sont rétrécies de plus en plus. Elles ont été cautérisées à diverses reprises lorsque le malade est revenu me voir en juin, puis en octobre et novembre. Il a repris l'huile de foie de morue depuis l'automne.

Le 18 *novembre* 1888, voici quel est l'état de C... Le facies est excellent, le teint coloré, les muscles vigoureux; il a repris tout son embonpoint; il pesait peu après l'incision de l'abcès périnéphrétique environ 55 kilos, aujourd'hui il pèse 87,5; il est gai, mange bien, et en somme a les apparences d'une belle santé. Il ne tousse pas, l'auscultation ne fait découvrir aucune lésion pulmonaire.

Les deux fistules de l'abcès périnéphrétique sont beaucoup rétrécies, mais présentent toujours une coloration jaunâtre, une apparence fongueuse; il s'en écoule un pus séreux, peu abondant; aucune douleur dans la région rénale.

Les épididymes présentent toujours des masses bosselées.

à la queue à droite, à la queue et à la tête à gauche; le canal déférent droit est encore un peu bosselé, mais beaucoup moins gros qu'autrefois; le gauche est normal; la fistule de gauche est presque fermée.

La prostate est un peu dure, un peu bosselée, la vésicule séminale droite est encore dure, moins cependant qu'en janvier 1887.

La cicatrice vésicale s'est considérablement assouplie, sans qu'il y ait d'éventration; la fistule qui avait si longtemps persisté ne s'est jamais rouverte. La miction se fait sans la moindre douleur; sa fréquence a encore diminué; il n'urine plus que toutes les deux heures environ le jour, et se lève quatre ou cinq fois la nuit; lorsqu'il a bu un peu, les secousses de la voiture rendent la miction plus fréquente mais non douloureuse. Il n'y a plus jamais eu trace d'hématurie.

L'urine est devenue claire; celle qu'il rend aujourd'hui (18 novembre) est claire, mais laisse cependant se former par le repos un nuage léger au fond du tube; le docteur Mayor, qui a bien voulu l'examiner, n'y a pas trouvé de bacilles de Koch.

En janvier 1889 un nouvel examen de l'urine qui est maintenant tout à fait claire est également négatif.

1er *mars* 1889. — Les fistules lombaires et costales ont diminué d'étendue et sécrètent moins de pus; elles communiquent entre elles, comme le montrent les injections d'éther iodoformé.

L'état général est excellent; le malade est bien musclé, gras, a un teint excellent.

Quant aux mictions, elles se font sans la moindre douleur, sans hématurie; il peut garder l'urine de une et demie à deux heures, et n'éprouve jamais de besoins pressants. Les nodules tuberculeux épididymaires continuent à diminuer de volume ainsi que ceux de la prostate.

Résumons maintenant cette observation en discutant chemin faisant les renseignements qu'elle nous donne.

Et d'abord, au point de vue du diagnostic il ne peut y avoir le moindre doute ; malgré l'absence regrettable de la recherche des bacilles, dans l'urine au début, l'existence de la tuberculose génitale, les caractères cliniques de l'affection vésicale étaient largements suffisants pour fournir à ce diagnostic une base solide.

L'opération d'ailleurs n'a fait que le confirmer en nous permettant de reconnaître dans la vessie les lésions ordinaires de la tuberculose vésicale : granulations, ulcérations en coup d'ongle, fongosités ; ici encore il est fâcheux que l'examen histologique manque, les débris de tissu enlevés ayant été égarés ; mais lors de l'opération destinée à fermer la fistule, le fragment enlevé par l'avivement renfermait des granulations tuberculeuses et des bacilles, d'après l'examen fait par le docteur A. Mayor.

Il s'agit donc bien d'une tuberculose vésicale. L'opération m'a paru indiquée par la fréquence excessive des mictions, l'intensité de la douleur et l'hématurie ; le désir formel du malade et de sa famille, dûment instruits des chances de l'intervention, constituait un argument de plus.

D'autre part, les lésions génitales n'étaient pas très étendues ni très graves, les poumons étaient intacts, l'état général de la santé satisfaisant, et la tuberculose n'existait pas dans la famille ; j'ai cru pouvoir passer outre et ne pas considérer les lésions génitales comme une contre-indication ; l'événement m'a donné raison. Ceci est important, car voilà un premier fait répondant à la question posée par le professeur Guyon.

Arrivons à l'opération elle-même : comme je l'ai dit, je me proposais non seulement d'inciser la vessie, de supprimer ses fonctions comme réservoir, et ses contractions pour un temps plus ou moins long, mais encore de détruire, si possible, les lésions au moyen de la curette et du thermocautère, et c'est ce qui a été fait.

L'opération peut se diviser en deux temps : la taille d'abord, la destruction des lésions vésicales ensuite.

J'ai pratiqué la taille hypogastrique par le procédé que j'avais employé précédemment dans quatre tailles pour calculs. Comme on a pu le voir, ce procédé est analogue à celui de mon maître Guyon par l'incision couche par couche, par la recherche de la graisse sous-péritonéale, par le refoulement du péritoine avec le doigt et par la suspension de la vessie avec des fils de soie; mais il en diffère en ce que je n'emploie pas le ballon de Petersen, en ce que je ne lie pas la verge sur la sonde, en ce que l'injection dans la vessie a pour but, non de la faire saillir, mais de substituer à l'urine un liquide antiseptique; enfin, en ce que je me sers comme guide, pour ouvrir la vessie, d'une sonde d'étain qu'un aide fait basculer doucement, de façon à soulever sa paroi.

Cette manière d'opérer, que j'ai adoptée dès ma première taille (novembre 1881), ne m'a pas jusqu'ici offert de difficultés; si je la préfère, c'est que le ballonnement du rectum, la ligature de la verge, ne me paraissent pas sans inconvénients et que leur utilité, dans un grand nombre de cas, ne m'est pas démontrée. Dernièrement encore, les faits de Nicaise (1), de Routier (2), s'ajoutant au cas plus ancien de Cadge, ont montré que le rectum pouvait être déchiré, contusionné ou mortifié; le ballon a été accusé par Ullmann (3) de favoriser la rupture intra-péritonéale de la vessie. Ceux-mêmes qui emploient le ballon lui reconnaissent des inconvénients; c'est à sa présence qu'est due, si je ne me trompe, l'hémorrhagie fournie par la paroi vésicale, et qui cesse quand la vessie se vide; Guyon lui-même nous dit que, la vessie ouverte, il est préférable pour l'examen de sa muqueuse de supprimer ou de dégonfler le ballon. Je reconnais du reste que les faits malheureux ne sont pas très nombreux, que les inconvénients du ballon ne sont pas très grands; mais

(1) Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1888, p. 676.

(2) *Ibid.*, p. 679.

(3) E. Ullmann. *Ueber durch Fullung erzeugte Blasenrupturen.* (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1887, p. 23, 24, 25.)

je crois d'autre part que, sauf peut-être chez des malades très obèses, son emploi est inutile et complique sans nécessité une opération réellement simple ; je n'ai pratiqué que cinq fois la taille, il est vrai, mais dans aucune de ces opérations je n'ai éprouvé la moindre difficulté ; un bon nombre de chirurgiens opèrent sans ballon et l'on ne voit pas qu'ils aient à s'en repentir. Je ne lie pas la verge sur la sonde' parce que, si la vessie se révolte, et ne peut se débarrasser, elle est exposée à se rompre : d'ailleurs, je ne tiens pas à ce qu'elle soit pleine et fasse saillie ; je tiens seulement à ce que le liquide qui s'écoulera de la plaie soit de l'acide borique et non de l'urine septique.

L'emploi d'une sonde pour soulever la vessie et permettre de l'ouvrir facilement après l'avoir suspendue, s'explique de lui-même une fois que l'on met de côté le ballon de Petersen. J'ai choisi la sonde d'étain parce que j'estime que, plus une opération est simple, moins son outillage est compliqué et spécial, mieux cela vaut en général ; la taille hypogastrique est simple, elle peut être dans quelques cas une opération d'urgence ; tout chirurgien tant soit peu soigneux peut la pratiquer et doit pouvoir le faire ; la sonde d'étain est entre les mains de tous, elle peut s'adapter aux différentes courbures du canal, en particulier dans les cas d'hypertrophie de la prostate ; il faut seulement pour la taille qu'elle présente des parois assez épaisses pour ne pas se déformer trop facilement, ce qui peut arriver au moment où l'aide la fait basculer pour soulever la vessie.

Une fois la vessie ouverte, l'examen des lésions a été facile ; là encore je me suis servi en grande partie d'instruments courants : deux grands écarteurs à résection de von Volkmann, et une grande valve concave de Simon, et ils ont très bien rempli le but. L'instrument de Bazy peut être certainement préférable, mais il ne m'a pas été indispensable ; aurais-je peut-être pu avec son aide examiner plus complètement le voisinage du col où j'ai dû me guider sur le doigt plus que par la vue ?

Je me suis servi, pour éclairer la vessie, d'une petite lampe électrique du volume d'un crayon ordinaire et elle m'a rendu un véritable service en permettant de distinguer très nettement des lésions relativement minimes, deux granulations et une toute petite ulcération en coup d'ongle; il est évident que cet instrument très spécial m'a singulièrement facilité les choses. Heureusement nous avions une lampe de rechange, car la première employée ayant touché la muqueuse humide s'est brisée; il serait bon pour cet usage d'envelopper l'ampoule de verre d'un grillage métallique pour empêcher le contact direct.

Très faciles ont été le curage et la cautérisation ; à part le foyer fongueux voisin du col que je ne voyais qu'en partie, tout s'est fait correctement, avec une hémorrhagie des plus minimes.

Ceci terminé, les bords de la vessie ont été cousus à la peau, et les tubes-siphons, tubes de caoutchouc rouge, ajustés.

La suture de la vessie à la peau a le grand avantage de s'opposer à l'infiltration d'urine. Dois-je lui attribuer la persistance de la fistule chez mon malade, persistance qui a nécessité une nouvelle opération ? Il n'est pas impossible que la suture y fût pour quelque chose; dans un des cas de Guyon, dans celui de Roux, nous voyons une fistule s'établir, après l'emploi du même procédé; dans mon cas, on distinguait nettement au fond de l'entonnoir fistuleux deux lèvres bleuâtres d'aspect muqueux se regardant, non par leur bord, mais par leur face interne; il semblait que la paroi vésicale suspendue à la peau avait pris de chaque côté une direction verticale, que le ratatinement de la vessie constamment vide avait rendu permanent. Mais d'autre part il faut noter que dans mon cas les tissus constituant les parois fistuleuses renfermaient des tubercules, et que dans le cas de Roux il y avait récidive; nous n'avons pas de détails sur celui de Guyon. Nous ne pouvons donc incriminer à coup sûr la suture, et d'ailleurs elle présente de

trop grands avantages pour que nous soyons tenté d'y renoncer.

Les tubes-siphons de caoutchouc rouge que je remplacerais dans une autre occasion par le siphon à courbure fixe de Guyon, a fonctionné tantôt bien, tantôt mal, en partie par le fait de l'indocilité du malade. J'ai laissé la vessie ouverte du 25 janvier au 27 février; puis j'ai employé la sonde à demeure; je passe sur les détails: qu'il suffise de rappeler que, malgré les cautérisations, les sutures sèches, la suture indirecte, la fistule a persisté et que, de guerre lasse, le 23 juin j'ai procédé à une nouvelle opération.

Cette opération a été suivie de guérison avec persistance, cependant, d'une fistulette qui ne s'est fermée définitivement qu'en novembre.

Je ne sais quel procédé a suivi mon maître Guyon dans le cas analogue que je signalais tout à l'heure; celui que j'ai adopté était en quelque sorte imposé par l'état des tissus, l'agglutination de tous les plans de la paroi abdominale; un avivement simple aurait probablement échoué et aurait laissé après lui, en cas de guérison, une éventration à peu près certaine et une faiblesse de la paroi vésicale antérieure qui l'aurait exposée, en cas de traumatisme ou de rétention, à une rupture probable. On sait en effet que Guyon a eu l'occasion d'examiner à l'autopsie la vessie d'un de ses opérés qui s'était rompue par suite de rétention cinq à six ans après la taille; la vessie n'avait pas été suturée et la plaie vésicale s'était fermée, non par soudure de ses bords mais par juxtaposition de ses faces.

J'ai pensé qu'il serait bon de suturer isolément la vessie d'abord, puis les différents étages de la paroi abdominale: pour y arriver, il fallait séparer et libérer dans une certaine étendue la paroi vésicale; une fois l'avivement de la fistule effectué dans toute sa hauteur, vessie comprise, je suis arrivé beaucoup plus facilement que je ne le prévoyais à effectuer cette libération, par décollement; cependant, dans un point où les adhérences étaient intimes, et malheureusement

c'était en haut, le bistouri qui était nécessaire ouvrit le péritoine; cet accident prévu fut aussitôt réparé et n'eut pas de suites fâcheuses. Le décollement effectué, des points nombreux de suture en deux étages réunirent la plaie vésicale en adossant d'abord ses bords, puis ses faces externes ou superficielles renversées à la rencontre l'une de l'autre; la vessie bien et dûment fermée, comme le démontra une injection faite par l'urèthre, je fis la suture perdue au catgut des muscles, puis la suture de la peau libérée autant que possible. Si la réunion par première intention a échoué, si une fistulette a persisté assez longtemps, le résultat pourtant a été bon, et cela dans des conditions qui étaient loin d'être favorables. Le plan que j'ai suivi, et qui me paraît avoir pour lui la logique dans les indications, a donc été couronné de succès; une fistulette a seule persisté pour se fermer définitivement en novembre 1887.

Depuis l'opération de taille et jusqu'à maintenant, en mars 1889, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, jamais il n'y a eu de douleurs en urinant, jamais il n'y a eu d'hématuries; notons encore que les lésions tuberculeuses génitales, après s'être étendues à l'épididyme gauche, ont depuis lors constamment été en s'améliorant. L'état du malade à la fin de 1887 était des plus satisfaisants, lorsque survinrent des accidents qui nous firent craindre l'éclosion d'une tuberculose généralisée; il n'en était rien, mais un vaste abcès périnéphrétique, très probablement de nature tuberculeuse, vint nous donner l'explication de ces phénomènes; incisé au lieu d'élection en avril 1888, il s'ouvrit plus tard au niveau de la paroi pectorale droite, entre la 8e et la 9e côte. Depuis lors ont persisté deux fistules d'aspect fongueux, laissant écouler un pus séreux sans mélange d'urine, et que des injections iodoformées ont sensiblement améliorées.

Du reste l'état général est excellent: le jeune opéré est fort, musclé; il a pris l'apparence de la plus belle santé, et l'on ne se douterait guère, en le voyant, des lésions qu'il présente encore.

Actuellement la miction est encore fréquente et se fait à des intervalles d'une à deux heures, mais sans besoins pressants, sans aucune douleur ; la fréquence des mictions paraît en rapport avec les dimensions restreintes de la vessie qui a cessé pendant si longtemps de fonctionner ; enfin l'examen de l'urine, fait par le docteur A. Mayor à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci, n'y a pas fait rencontrer de bacilles de Koch. Il n'est aucunement douteux que ce malade a largement bénéficié de l'opération, et je puis conclure que l'existence de lésions génitales tuberculeuses discrètes n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention dirigée contre la tuberculose vésicale.

De cette observation et de celles que j'ai résumées en commençant, pouvons-nous déduire quelques conclusions formelles sur la valeur du traitement de la tuberculose vésicale par la taille hypogastrique? Je crois qu'il serait prématuré de le faire, par la raison que les faits sont trop peu nombreux et qu'ils sont trop disparates.

Nous pouvons nous attendre, du reste, à observer ici ce que l'on observe à la suite de l'intervention chirurgicale dans les diverses tuberculoses localisées : c'est-à-dire, à côté de guérisons durables, des récidives locales ou même des généralisations rapides, et pour arriver à formuler d'une façon précise les indications de l'intervention chirurgicale, soit curative, soit simplement palliative, il faudra encore de nombreuses observations. Il en faudra aussi, pour déterminer quel est le meilleur procédé à suivre pour attaquer les lésions tuberculeuses de la vessie par la taille hypogastrique, curage, cautérisation, résection. Ce n'est pas avec onze cas très dissemblables que ces questions peuvent être résolues.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 24341.


24ColorCard
CameraTrax.com
STAINLESS STEEL